

FICHE SANTE

FOYER DE VIE

Foyer de Vie
16 Rue de la Castelle
65700 CASTELNAU RIVIERE BASSE

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : N° :

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Traitement médical : OUI (*ordonnance à fournir*) NON

Si oui, nature du traitement :

.....

Allergies : OUI NON

Si oui, nature des allergies (joindre un certificat médical) :

.....

Suivi par un (des) médecin(s) spécialiste(s) : OUI NON

Nom(s) et adresse(s) du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....

Groupe sanguin : (fournir une copie de la carte de groupe sanguin) :

Informations complémentaires :

Vigilance particulière (prescription alimentaire, alimentation mixée, hachée, mémoire, angoisses nocturnes...) :

Coordonnées du représentant légal :

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence, noms et coordonnées :

.....

Fait à, le

Signature Personne accueillie / Représentant légal